

AMANDA RODRIGUES COSTA

**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA INFLUÊNCIA DAS
ATIVIDADES GRUPAIS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE
DE UM GRUPO DE IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS, SC.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004

AMANDA RODRIGUES COSTA

**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA INFLUÊNCIA DAS
ATIVIDADES GRUPAIS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE
DE UM GRUPO DE IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS, SC.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina

Presidente do Colegiado do curso: Prof. Ernani Lange S. Thiago

Professor Orientador: Dr. Marco Aurélio Da Ros

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2004

Costa, Amanda R.

Avaliação qualitativa da influência das atividades grupais na promoção de saúde de um grupo de idosos de Florianópolis-SC/ Amanda R.Costa-Florianópolis, 2004. 23p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)-
Universidade Federal de Santa Catarina -Curso de Graduação em Medicina.

1.Promoção de Saúde 2. Grupo de idoso 3.Pesquisa qualitativa 4.Idoso

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
no mínimo que fazes.
Assim em cada lago a Lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

- O meu agradecimento aos integrantes do Grupo de Amigos da Vila Aparecida que carinhosamente se dispuseram a contribuir com este estudo.
- Ao Marcão que me apresentou um jeito diferente de fazer Medicina, a minha gratidão.
- À minha amiga Juliana pelas longas horas que passamos juntas e com quem pude discutir as minhas dúvidas e buscar respostas.
- Ao Rafa e Ailton, meus novos e grandes amigos que aqui encontrei e dos quais vou sentir muito me afastar.
- À minha família, pelo estímulo e carinho recebidos.
- E agradeço, acima de tudo a Deus pela vida, por ser uma pessoa saudável e pelas oportunidades e pessoas que encontrei em meu caminho.

ÍNDICE

RESUMO

SUMMARY

1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1-E a saúde como vai?	1
1.2-Cartas e Conferências Internacionais de Promoção de Saúde..	4
1.3-Qualidade de Vida, Grupos Comunitários e Apoio Social.....	5
1.4-O Grupo de Amigos da Vila Aparecida	7
2.OBJETIVOS.....	10
3.METODOLOGIA.....	11
3.1-Tipo de estudo	11
3.2- Os sujeitos do estudo	12
3.3-Instrumentação.....	13
3.4-Coleta de dados.....	13
3.5-Forma de análise dos dados.....	14
4.RESULTADO E COMENTÁRIOS	16
4.1-A participação comunitária e o desenvolvimento de novas habilidades pessoais.....	16
A participação nas atividades, o convívio social e a qualidade de vida.	16
O nascimento da associação.....	19
A aquisição de novos aprendizados.....	19
A percepção das mudanças e a descoberta de potencialidades.....	20
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
ANEXOS	26

RESUMO

Introdução: O reconhecimento de que para saúde é necessário, dentre outras coisas, o lazer e a participação comunitária, fez do conceito de promoção de saúde um marco para políticas voltadas para este campo. Nesse contexto de promoção de saúde, surgiu o “Grupo de Amigos da Vila Aparecida” composto por idosos e acadêmicos de Medicina. A proposta educativa era criar um espaço para troca de saberes a respeito de saúde e experiências de vida, entretenimento na busca da melhoria da auto-estima, autonomia e cidadania, proporcionando um envelhecimento saudável. **Objetivo:** A partir de reflexões sobre essas experiências grupais, elaborou-se um estudo, baseado nos depoimentos dos idosos, buscando correlacionar os resultados obtidos com o trabalho em grupo de idosos e aspectos conceituais da promoção da saúde. **Metodologia:** Optou-se por uma abordagem qualitativa, instrumentada com entrevistas semi-estruturadas e observação participante, como forma de extrair as percepções dos sujeitos do estudo acerca do tema proposto. **Resultados:** A análise dos depoimentos mostrou que o trabalho em grupo obteve repercussões positivas, especialmente em três campos da promoção de saúde: o desenvolvimento de habilidades (artesanato, novos vínculos afetivos), ambientes favoráveis à saúde (passeios, lazer, dança), participação comunitária (proposta de oficialização do grupo como uma associação e criação de grupo de gestantes, interação com a comunidade através da participação em bingos, passeios).

SUMMARY

Introduction: The recognition of to be healthy is necessary, among other things, leisure and community participation, it made of the concept of Health Promotion a highlight for politics directed toward this area. In this context of Health Promotion, it was created the "Grupo de Amigos da Vila Aparecida" composed for elderly people and Medicine students. The educative proposal was creating a space for exchange knowledges about health and experiences of life and entertaining these people to try improving their auto-esteem, autonomy and citizenship. It was known that these things providing a healthful aging.

Objective: A study was elaborated from reflections on these group experiences. It was based in the depositions of the aged ones, trying to identify if the works in group favor the promotion of the health. **Methodology:** It was opted to a qualitative study. It was used interviews and participant comments as form to pull out the perceptions of the participants concerning the theme exposed.

Results: The analysis of interviews showed that the work in group got positive repercussions especially in three areas of health promotion: the development personal skills (artesanato, new affective bonds), the creation supportive environments (strolls, leisure, it dances), community participation (proposal of officialization of the group as an association and creation of group of pregnant, interaction with the community through the participation in bingos, strolls).

1. INTRODUÇÃO

“...você é idoso quando sonha;
você é velho quando apenas dorme...”¹

1.1-E a saúde, como vai?

“ *E a saúde, como vai ?* ” Essa pergunta não necessariamente foi feita entre quatro paredes de um consultório médico. Ela está nas ruas, nas vilas, no dia-dia das “pessoas comuns”. Na maioria das vezes quem a profere não está interessado em saber a respeito de uma determinada enfermidade que aflige um corpo, e sim, saber da pessoa, da vida, dos sentimentos, da “saúde” em seu verdadeiro significado. Não seria surpresa se a resposta fosse: ‘Ah, mais ou menos, estou desempregado’.

Esse reconhecimento de que para saúde são necessárias boas condições de trabalho, moradia, educação, lazer, dentre outros pré-requisitos, superou a concepção organicista de saúde como sendo “ausência de doença”. Uma definição clássica adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Constituição de 1948, a considera como o *completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade*. Essa definição, embora criticada devido suas expectativas idealísticas e por não considerar saúde como um processo dinâmico mas um “estado”, reconhece a importância da integralidade individual e social do homem ¹.

Diversas definições foram publicadas, porém, nesse estudo, utiliza-se um conceito amplo de saúde como sendo *a capacidade de reagir de uma pessoa* ². Ou seja, valoriza outras dimensões da vida, inclusive o poder de participação em seu meio social. Isso significa que ações exclusivamente médicas podem ser capazes de promover a ausência de enfermidades mas não necessariamente a presença de saúde.

O conceito de Promoção de Saúde, atualmente aceito como um marco para políticas do setor, fortaleceu a idéia de que *saúde* não pode ser concebida de uma maneira simplista. Sua promoção tem por objetivo a criação de um clima favorável à saúde e, para isso, não se restringe apenas a esta esfera, abrange ações conjuntas de diversos campos não diretamente

¹ Fragmento extraído da poesia “ Ser idoso ou ser velho” escrito por José Ricardo do Núcleo de Informação do Idoso.

ligados ao setor saúde, na busca por equidade social, ambientes saudáveis e participação comunitária efetiva ³.

O Brasil, em seu processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, vem gradativamente se constituindo sobre os pilares da universalidade de acesso aos serviços, integralidade da assistência, descentralização e da participação popular ⁴.

Essa transição de um modelo curativo e individualizante das políticas de saúde para um outro que reconheça a diversidade cultural e valorize a prevenção e promoção vem ganhando cada vez mais força. Porém, o modelo assistencial com práticas hospitalocêntricas e biologicistas ainda predomina em diversas regiões do país. Assim sendo, o grande desafio para o sistema é conseguir transformar os avanços obtidos no campo legal em mudanças efetivas da prática de atenção à saúde da população ⁵.

Nesse ínterim, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a proposta de uma reorganização dos serviços básicos de saúde. Para tal, assumiu o compromisso de reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas e elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento. Comprometeu-se também em estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social ⁶.

Os idosos, muitas vezes à margem dos projetos e programas de saúde, estão inseridos na Estratégia de Saúde da Família, cuja proposta fundamenta-se na assistência integral a todos os membros da família ligados à unidade básica de saúde. A ESF defende como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva ⁵.

O número de pessoas com mais de sessenta anos vem crescendo e, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), essa população passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 ⁷.

Reconhecendo a importância do envelhecimento populacional, o governo federal em parceria com o Programa de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde, sediou um seminário de cunho Internacional no ano de 1996, com o objetivo de desenvolver uma agenda brasileira para o século XXI ⁸.

A Declaração de Brasília Sobre Envelhecimento, resultante desse encontro, definiu o

envelhecimento como *um processo normal, dinâmico e não uma doença*. Ratificou a necessidade de promover a saúde do idoso ao afirmar que *enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais* ⁸.

O crescimento do número de idosos em Santa Catarina, a exemplo de outras regiões do país, vem se tornando cada vez mais significativo. Na capital do estado, o número de pessoas com mais de sessenta anos é em torno de trinta mil ⁹.

Segundo Benedetti ⁹, os idosos de Florianópolis apresentam-se em condições de saúde melhores que a média nacional apesar do acesso aos serviços e medicamentos ser uma das principais dificuldades apontadas pelos idosos estudados em sua pesquisa.

Um dado favorável à saúde parece ser o nível de escolaridade. O índice de analfabetismo entre os maiores de 60 anos é baixo (14%) quando comparado à média nacional (35%). Mais de 13% dos entrevistados alfabetizados têm nível universitário, enquanto no país esse índice é de apenas 4% ⁹.

As atividades sociais não estão ao alcance de todos, a exemplo dos idosos de outras regiões. Em Florianópolis, apenas 18% procuram atividades de lazer, na maioria das vezes bingos ou jogos de bocha. Somente 12% participam de um dos cem grupos de convivência da cidade e só 10% engajam-se em serviços comunitários ⁹.

Em suma, a questão do envelhecimento é um dos desafios da saúde pública. Há uma crescente necessidade de encontrar meios para incorporar os idosos em nossa sociedade, proporcionar alternativas para que eles busquem sua qualidade de vida e ainda que seja feita uma abordagem eficiente dos agravos.

1.2-Cartas e Conferências Internacionais de Promoção de Saúde

As raízes do conceito abrangente da promoção da saúde encontram-se na declaração de Alma-Ata, resultante da *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em setembro de 1978*. Tal documento expressou a necessidade de ação urgente de todos os países para a promoção de saúde. Declarou-a como um direito humano fundamental, tecendo uma forte crítica à desigualdade social dos povos e enfatizando

a necessidade de inclusão da equidade como meta para alcançar a saúde ¹⁰.

A Declaração de Alma-Ata somada às Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde realizadas nos anos subseqüentes, constituíram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde.

A Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em novembro de 1986, consolida o fortalecimento da ação comunitária ao conceituar promoção como *"o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo"* ³. Isso significa que, dentro desse conceito de promoção de saúde, os sujeitos criam sua própria condição de saúde.

Ao afirmar que *"as condições e recursos fundamentais para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e eqüidade"* ¹¹ assume que a saúde é multideterminada e que, para promovê-la, há necessidade de atuação em 5 campos centrais, que compreendem:

- (1)Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis
- (2)Criação de ambientes favoráveis à saúde
- (3)Reforço da ação comunitária
- (4)Desenvolvimento de habilidades pessoais
- (5)Reorientação do sistema de saúde

Pela sua importância no contexto das políticas públicas de saúde, pontos da carta de Ottawa são retomados nas próximas conferências mundiais.

A Declaração de Adelaide, resultante da segunda conferência realizada em abril de 1988, cujo tema central foram as políticas saudáveis, reforça o conceito ampliado de saúde e a necessidade de equidade social quando conceitua política saudável como meio para “criar um ambiente social e físico comprometidos com a saúde”. Outro ponto importante na Declaração de Adelaide é o destaque à atenção à saúde da mulher como prioridade política ¹¹.

A Declaração de Sundsvall, resultante da terceira conferência realizada em junho de 1991, apresentou como tema central a criação de “ambientes favoráveis à saúde”. Esse documento concebe que o caminho para se atingir um ambiente favorável e promotor de saúde deve abranger dimensões físicas, sociais, econômicas e políticas. O termo ambiente está relacionado ao espaço no qual a pessoa vive, seja sua comunidade, sua casa, seu

trabalho e lazer ¹¹.

De acordo com a Declaração de Jacarta sobre a Condução da Promoção da Saúde no Século 21, a promoção da saúde é desenvolvida pelas pessoas e com as pessoas, não para elas. Esse conceito ratifica a promoção como um processo para permitir que as pessoas tenham um maior controle sobre sua saúde¹¹.

Conforme os documentos citados acima, definem-se as estratégias de promoção como contemplando a informação, a educação e a comunicação para saúde, o fortalecimento da participação comunitária, o empoderamento e políticas públicas saudáveis. Vale citar que agregam as estratégias de prevenção primária, secundária e terciária.

1.3-Qualidade de vida, grupos comunitários e apoio social

Conceituar qualidade de vida não parece ser uma tarefa fácil. Muitas vezes se confunde com o de promoção de saúde no sentido em que é influenciado pelo indivíduo e a sociedade a qual pertence, depende de itens como lazer, alimentação, educação entre outros. Podemos afirmar que qualidade de vida em saúde não é um conceito restrito apenas à ausência de sintomas, mas sim, a uma harmonia dinâmica entre o indivíduo, sua família, seu trabalho e sua comunidade.

A dificuldade em se estabelecer o que é qualidade de vida reflete na complexidade de mensurá-la. A maioria dos esforços de dimensioná-la em uma população tende a ser feita através de variáveis negativas, que se referem a carências como deficiências alimentares, ausência de serviços urbanos, violência, mortalidade infantil, más condições de moradia, etc.

Podemos citar alguns indicadores de qualidade de vida dos municípios, como o *Índice de Saúde* que é avaliado pelo *coeficiente de mortalidade infantil até um ano e número de leitos gerais disponíveis no município* e *Índice de Alfabetização* que é a *porcentagem de pessoas analfabetas acima de 15 anos e de crianças que vivem em domicílios cujos chefes têm menos de um ano de escolaridade* ¹².

De acordo com o acima exposto, a mensuração da qualidade de vida no município não poderia limitar-se à aplicação dos índices citados. De acordo com Liss², medir qualidade de

² LISS, Erik Per, doutor em Filosofia do Departamento de Saúde e Sociedade da Universidade de Linköping na Suécia, proferiu o seminário “Ética, saúde e necessidade” no Centro de Ciências da Saúde da

vida é medir felicidade da população e seu grau de satisfação com a vida. Portanto, qualidade de vida agregaria em seu conceito o significado de felicidade para cada indivíduo e para sociedade a qual pertence. Partindo dessa definição, pode-se prever que qualidade de vida abrange dimensões individuais e coletivas e ainda variações históricas e culturais da população sendo portanto um processo dinâmico.

Uma alternativa, atualmente com boa aceitação, para manutenção da qualidade de vida e enfrentamento dos problemas de saúde é a participação em grupos comunitários.

Segundo o Núcleo de Informação do Idoso (NII) ¹³, a participação nesses grupos permite aos membros estarem inseridos socialmente, mantendo intactas as competências de comunicação, memória, atenção, raciocínio lógico, julgamento e tomada de decisões. Ainda segundo o NII, o potencial de crescimento e aprendizagem das pessoas continua, ou pode manter-se através de uma estimulação constante. A participação em grupos funciona como uma forma enriquecedora de estimulação, uma vez que incentiva o apoio social e a descoberta de pessoas com interesses comuns e desafios semelhantes diante da vida.

O apoio social, definido por Minkler ¹⁴ e citado por Valla ¹⁵, é um processo de reciprocidade que gera benefícios tanto para a pessoa que recebe, quanto para quem oferece o apoio, possibilitando que ambas tenham o controle e o sentido sobre suas vidas e destinos - noção de *empowerment*, trazendo melhoras significativas à saúde das pessoas.

Nesta perspectiva, os grupos comunitários destacam-se como espaços privilegiados. Isto porque o processo grupal ocorre dentro da realidade social e cultural das classes populares, possibilita o exercício da troca de saberes e experiências de vida e, especialmente, permite compreender o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas, criando espaço para a participação ativa da população no seu processo de vida.

Os grupos, de acordo com Santos ¹⁶, podem funcionar como um contraponto ao atendimento individual reducionista, e também à fragmentação do saber na atenção à saúde. Esses grupos comunitários com forte ênfase nas parcerias com outros setores que não o da saúde, fazem um contraponto salutar ao feito excessivamente medicalizante da saúde.

Segundo Valla ¹⁵ (1998: 157), *"um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um fator psico-social significativo no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas"*. Desta maneira poderia se pensar na participação

social como tendo efeito benéfico no sistema de defesa do corpo e na diminuição da suscetibilidade à doença.

1.4- O Grupo de Amigos da Vila Aparecida

A comunidade da Vila Aparecida(VA) está situada no bairro Coqueiros, município de Florianópolis/SC. Nessa comunidade a vida é, para muitos, difícil e precária, como em outras partes da capital. Essa região em especial, apresenta deficiências no fornecimento de água, luz elétrica e saneamento e conta com aproximadamente oito mil moradores³ com baixa renda. Seus moradores vem vivenciando um aumento expressivo da criminalidade, drogadição e tráfico de drogas.

O trabalho nessa região começou no ano de 2000 a partir da união de vontades. Vontade por parte de alguns acadêmicos de Medicina da UFSC de estar trabalhando junto à comunidade e por parte de idosos da comunidade local de reorganizar um grupo pré-existente que havia sido desfeito.

Nesse sentido, foi marcada uma primeira reunião da qual participaram esses acadêmicos, a médica do centro de saúde local e os idosos. Esse primeiro encontro, cuja pauta foi o levantamento dos motivos pelo qual o grupo anterior se desfez e ainda um esboço de alguns temas e atividades de interesse, ocorreu na sede da associação de moradores.

A proposta era criar um espaço em que todos trocassem saberes a respeito de saúde e experiências de vida, participassem das atividades de entretenimento numa busca de um envelhecimento saudável com melhoria da auto-estima, autonomia e cidadania.

Alguns dos desejos manifestados pelo grupo era a prática de artesanatos e ginástica. As atividades físicas eram orientadas por um acadêmico de Educação Física da Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC que participava de outros grupos de idosos em um projeto de extensão de sua universidade. Já em relação aos trabalhos manuais, não tínhamos professor de artesanato, portanto, o que era de conhecimento individual logo tornava-se uma arte coletiva pelo compartilhamento de experiências o que pode ser observado como algo positivo para melhorar auto-estima e o exercício das trocas de saberes entre os participantes.

Logo após os primeiros encontros, foi apontada por parte dos integrantes a necessidade da escolha de um nome para o grupo, o que foi interpretado como uma forma de buscar uma

identidade coletiva. O nome escolhido sugere e as pessoas ao longo do convívio e estabelecimento de vínculos de amizade confirmam: é um “ **Grupo de Amigos da Vila Aparecida**”.

O grupo se encontrava todas as tardes de sexta-feira e era dirigido à população idosa em geral, e não apenas a doentes ou grupos de risco, com atividades voltadas aos aspectos de promoção da saúde ao invés da clássica atenção à doença.

O número de participantes era de aproximadamente oito pessoas com idade em torno de sessenta anos. Nunca houve limitação por sexo nem idade para participar do grupo. Porém, desde seu início a grande maioria era de mulheres a exemplo de outros grupos de idosos. A maioria aposentadas e sem escolaridade primária.

O trabalho de extensão não se restringia ao grupo da VA, os acadêmicos também participavam de reuniões com o professor orientador junto ao departamento de saúde coletiva a fim de discutir as experiências com trabalho nesse grupo comunitário, nas quais era possível analisar seus progressos e dificuldades.

Percebendo as mudanças, ainda que sutis, nas atitudes dos integrantes do grupo, ia crescendo a vontade de registrá-las. E, entendendo que saúde não se restringe ao biológico puro, tentou-se buscar instrumentos que fugissem da abordagem tradicional voltada a aspectos negativos como a redução dos níveis de pressão arterial representando a melhoria de saúde ou ainda a redução do uso de alguns medicamentos...

A partir do exposto, buscou-se o universo da pesquisa qualitativa como forma de captar essas subjetividades e aspectos profundos dessas relações. Realizou-se um estudo baseado nas percepções dos idosos, visando uma aproximação entre os resultados alcançados com o trabalho e conceitos centrais da promoção de saúde.

³ Informação cedida pela médica do Centro de Saúde Coqueiros no ano de 2001

2.OBJETIVOS

“Uma longa viagem começa com um único passo.”
Provérbio chinês

- Correlacionar os resultados obtidos com o trabalho em grupo de idosos e aspectos conceituais de promoção de saúde.
- Identificar formas de influência das atividades do grupo no dia a dia dos participantes.

3.METODOLOGIA

“O mais importante na vida não é a situação onde estamos, mas a direção para qual nos movemos.”

O. W. Holmes

3.1-Tipo de estudo

O referencial metodológico adotado neste estudo se insere na perspectiva de abordagem qualitativa como forma de investigação. Minayo¹⁸ define pontos de pensamento e formas de intervir nessa perspectiva:

1)Envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada;

2)Enfatiza mais o processo do que o produto;

3)Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, uma vez que envolve crenças, valores e significados que não podem ser reduzidos a variáveis numéricas.

A perspectiva fenomenológica, que foi adotada nesse estudo, aparece no campo da pesquisa qualitativa, criticando a ciência tradicional, num desafio de superar suas formas de concepção como a busca pela verdade absoluta e a representação objetiva do mundo.

Essa forma de análise busca a compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos. Ela não é apenas uma forma de tratamento de dados, nasce da interação interpessoal buscando uma compreensão desta comunicação numa visão do sujeito histórico.

Neste estudo buscou-se evidenciar o caráter mais subjetivo e profundo das relações entre os sujeitos e o meio onde estão inseridos. Ao se obter as falas dos atores mediante entrevistas, objetivou-se , através de um processo indutivo, alcançar o significado que os entrevistados atribuem às situações vivenciadas na sua prática de grupo e o reflexo das mesmas em sua vida cotidiana.

Buscou-se cumprir o que estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde- Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa que envolvem seres humanos, no que se refere à solicitação de consentimento para participação nas entrevistas e aos esclarecimentos quanto ao objetivo da pesquisa e a preservação do anonimato. Termo de

consentimento em anexo.

3.2-Os sujeitos do estudo

Como explicitado no capítulo de introdução, a escolha do GAVA não se deu por acaso; o contato com o grupo de idosos da Vila Aparecida foi estabelecido a partir de um trabalho voluntário de Extensão Universitária iniciado há três anos por um grupo composto pela pesquisadora e outros cinco acadêmicos do curso de Medicina da UFSC que, na ocasião, dispuseram-se a trabalhar com promoção de saúde com o referido grupo.

Através de seus encontros, o grupo de idosos e acadêmicos trocavam experiências, faziam artesanatos, cantavam, dançavam, faziam brincadeiras recreativas, organizavam bingos e alguns passeios para outras localidades. Vale ressaltar que os trabalhos desenvolvidos pelo grupo não tinham cunho assistencialista e o nosso papel no mesmo era de aprendizado e de relação de amizade com seus membros.

Em um dos encontros com o grupo sujeito do estudo, este foi informado a respeito da intenção de se realizar uma pesquisa com intuito de aclarar a influência do mesmo na saúde de seus participantes. A proposta foi bem recebida contando com a adesão voluntária de seus membros. Foram explicitados os objetivos do estudo, a maneira como seriam coletados os dados e, ainda garantido sigilo de seus nomes e liberdade para abandonar o estudo a qualquer momento que julgassem necessário.

Tendo em vista que a amostragem na pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade, foram selecionados todos os atores considerados mais relevantes para investigação do problema, isto é, os membros do grupo da Vila Aparecida, sem limites de idade para inclusão no estudo.

O trabalho de extensão universitária que vinha se desenvolvendo pela pesquisadora no local, contou positivamente para o estudo, facilitando o processo de interação e captação de informações qualitativas, uma vez que foi firmado um vínculo entre a pesquisadora e os sujeitos, possibilitando um clima de descontração e conversa durante a entrevista.

3.3-Instrumentação

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram entrevistas semi-estruturadas e

observação livre (sem roteiro) como forma complementar de captação da realidade.

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Num primeiro momento da pesquisa, realizou-se uma entrevista-piloto com roteiro elaborado pela autora, sendo testado em um grupo de pacientes com hipertensão arterial que se reuniam no Centro de Saúde Saco Grande II. A entrevista-piloto foi bem sucedida, apesar das diferenças, principalmente de objetivos entre os grupos. Questões sobre renda familiar foram excluídas do estudo uma vez que achamos que poderiam ser mecanismos de constrangimento para os entrevistados.

Foram utilizadas questões norteadoras como, por exemplo, mudou alguma coisa em você após participar do grupo? Formularam-se questões de fácil compreensão e abertas que permitissem o aprofundamento de informações e opiniões. Segundo Triviños²¹, a adoção de um roteiro norteador ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias enriquecendo a investigação. Roteiro de entrevista em anexo.

As observações sobre comportamentos, expressões e gestos pertinentes ao tema da pesquisa eram registrados em um “diário de campo” no período das atividades do grupo e durante as entrevistas.

3.4- Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em Agosto de 2002, junto a todos os envolvidos no estudo, sendo a escolha do entrevistado ocasional.

Foram entrevistadas quatro mulheres, individualmente em uma sala cedida pela Associação de Moradores para a realização da mesma ou, se o entrevistado preferisse, poderiam ser realizadas em outro local e horário previamente combinados. Combinou-se com o grupo que as entrevistas seriam gravadas em fita-cassete e conduzidas no mesmo horário da reunião. A possibilidade da coleta de dados ocorrer em horário diferente da reunião foi proposta pela pesquisadora a fim de que o entrevistado não precisasse se ausentar do encontro para a coleta dos dados.

O tempo médio de duração de cada entrevista foi de uma hora, com a gravação das falas

autorizada por todos os participantes.

3.5-Forma de análise dos dados

O primeiro passo após a coleta dos dados foi a transcrição de forma integral das falas, leitura aprofundada e definição de categorias de análise. Entende-se por categorização o processo por meio do qual procura-se abranger os elementos, idéias e expressões com características comuns ou de mútua interferência, agrupando-os sob o mesmo conceito¹⁵.

Portanto, através das falas dos entrevistados, foram apreendidos os significados que indicaram uma convergência das categorias em torno de algumas Temáticas Centrais:

A primeira temática central conduz a uma discussão sobre a possibilidade do ambiente grupal funcionar como espaço para **participação comunitária** e o **convívio social**. Mostra, que esse exercício de relações humanas estabelecidos no grupo tem contribuído para saúde de seus participantes.

A segunda temática é a do **desenvolvimento de habilidades pessoais**. Deixa claro que o aprendizado não se restringe aos trabalhos manuais mas à experiência do convívio com outras pessoas.

A terceira temática refere-se às **mudanças de atitude** percebidas a partir da inserção no grupo. A análise das falas mostrou claramente o quanto a criação de novos vínculos afetivos trouxe benefícios aos participantes.

A última etapa de análise consiste da interação das temáticas centrais apreendidas das entrevistas com os conceitos centrais da promoção de saúde, publicados nas cartas e declarações finais das Conferências Internacionais de Promoção de Saúde, enriquecendo as reflexões sobre o estudo.

As entrevistadas são denominadas “E” seguida de uma numeração de acordo com a ordem da entrevista. Abaixo estarão assinaladas, de maneira breve, algumas características das entrevistadas:

E.1:Essa entrevistada possui 79 anos, é viúva, mora em casa própria com dois filhos e dois netos. Participou desde o primeiro encontro (22/09/00) tendo sido convidada por um funcionário da associação de moradores. Afirmo não ter problemas de saúde. Adora cantar e, aos seus 79 anos, procurou o grupo para aprender a tocar violão.

E.2:A entrevistada E.2 possui 65 anos, é viúva, mora em casa própria com um neto. Participa desde março de 2001 e também foi convidada pelo funcionário da associação. Tem diabetes há mais ou menos 5 anos mas considera-se uma pessoa saudável. Diz que gosta de fazer amizades e também aprender artesanatos.

E.3:Essa entrevistada possui 67 anos, é viúva, mora em casa própria com três filhos. Participou desde o primeiro encontro do grupo. Relata ter problemas no coração e que estar no grupo ajudou a trazer sua saúde de volta. Apesar de considerar-se tímida diz que o que mais gosta de fazer é ensinar. Entrou no grupo pensando em conhecer pessoas e aprender a ler, principalmente para conseguir ler a Bíblia e os cânticos da igreja.

E.4:Essa entrevistada possui 62 anos, é casada, mora em casa própria com marido, um filho, a nora e dois netos. Participa desde outubro de 2000. Relata problemas cardíacos e reumatológicos exacerbados com a morte de uma filha. Diz que o que mais gosta de fazer no grupo é encontrar as pessoas e também gosta dos artesanatos.

4.RESULTADOS E COMENTÁRIOS

<p>“O mais importante na vida é saber o que é importante” Otto Millo</p>
--

4.1-A participação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais

Uma visão geral dos depoimentos mostra que a participação no grupo é vivenciada pelos idosos como espaço de aprendizagem e apoio social, com repercussões favoráveis na auto-estima e na postura diante da vida e do envelhecimento.

Sob a ótica dos cinco campos da promoção da saúde, é possível perceber que o desenvolvimento de habilidades pessoais é a dimensão em que os resultados parecem ser mais evidentes.

A participação nas atividades, o convívio social e a qualidade de vida

A organização do grupo teve como eixo fundamental a busca de um envelhecimento saudável com melhoria da auto-estima, autonomia e que pudesse, dentro de suas possibilidades, ampliar as potencialidades dos sujeitos.

As atividades tinham finalidade de entretenimento como ginástica, dança, artesanato, passeios a regiões circunvizinhas, dentre outras.

É possível atentarmos para algumas percepções que aparecem nas falas quando se abordam as atividades do grupo. Uma delas é que as atividades manuais como artesanato, pintura e bordado por exemplo, não são vistas como entretenimento por todos os membros, mas como uma forma de trabalho algumas vezes não prazerosa.

“Gosto de participar para me divertir. Me divertir...aprender a tocar violão e cantar. Para bordar eu não tenho muita paciência, eu sou nervosa. Mas para tocar, cantar... eu gosto é de música! Estar alegre, cantar, conversar, dizer história, dizer piada ... É isso que eu gosto de fazer lá! Mas trabalhar muito não. Não gosto de bordar, fazer crochê ...não tenho paciência mais. Acho que estou velha demais” E.1

Parte da explicação para esse significado de trabalho ou “obrigação” dessas atividades,

é que o grupo custeia seus passeios com a renda obtida por bingos e rifas cuja premiação são esses artesanatos. Esse fato, algumas vezes provoca uma sensação de “obrigação” de todos do grupo terem que participar dessas atividades.

Uma outra percepção extraída das falas dos sujeitos, é a possibilidade do espaço grupal funcionar como uma potencialidade para participação e convívio social dos sujeitos que dele participam.

“Eu participo de tudo no grupo, mas o que eu gosto mesmo é de pintar. Crochê eu gosto também porque eu não sabia fazer antes...eu jogo bingo, trabalho ...como eu já sabia pintar paninhos, enjoiei da pintura e agora fico só ...(risos) vendo a sorte! (jogando bingo). A gente tem ginástica também com a moça da prefeitura . Eu gosto de tudo no grupo” E.2

A participação junto ao grupo parece ser um caminho para estimular a inserção social, o que é tido não apenas como algo muito importante para prevenir alguns problemas de saúde, mas fundamentalmente como estímulo a ter mais qualidade de vida.

Ir aos encontros do grupo não significa apenas aprender artesanato, ginástica. O prazer de ir participar do grupo tem um motivo real que é o de encontrar o outro. A oportunidade de estar no grupo, conviver com os amigos é vista como uma prática saudável. As amizades desenvolvidas no grupo estimularam a convivência social, e esta é reconhecida como de suma importância para saúde.

“Só em estar todo mundo reunido já é uma ajuda que se dá à saúde. Todos conversando, todos contentes, ajudando, desabafando, e conversando, e sorrindo; isso tudo é que faz a saúde da pessoa” E.3

“Por que a gente conversa, a gente dá risada (risos), a gente passeia ... Eu adoro!E o que me faz me sentir melhor mesmo é estar junto da turma” E.4

Esse espaço social é também sinônimo de possibilidade de ocupar o tempo. Muitos dos relatos indicam que a morte de parentes, o abandono pela família os levaram a solidão. Estar com o outro é uma forma de driblar o isolamento social.

“É muito bom pra mim...muito bom porque me distrai muito. Eu fico ali lutando e ... não tem nada que me estorva! (...) Pra mim é muito bom. Porque se eu não tivesse aprendendo a fazer nada eu acho que já tinha morrido do coração por causa ... (pausa). Porque eu ia tá sofrendo pela morte da minha filha, né? Então, se eu não tivesse nesse grupo a minha vida era só chorar daí. E assim, eu tô ali lutando e esqueço dela . Se eu tô parada , tô lembrando dela. Então é muito bom, muito bom esse grupo mesmo.” E.4

“Sabe, eu tenho 36 netos e 8 bisnetos mas pouca importância dão pra mim. Eles só chegam quando

precisam, né? Mas são tudo assim. Aí eu me vejo sozinha e vou junto com os idosos em passeios. Se tivesse todo dia seria melhor porque eu sairia de casa para ficar mais contente e mais alegre. Muito bom para pessoa velha e para todo mundo porque todos que tão lá, todos gostam.” E.1

A entrevistada E.2 e E.3 nos auxiliam a entender que o sujeito estando com a mente ocupada, planejando fazer algumas tarefas, tem menos predisposição para pensar em coisas negativas que poderiam prejudicar a saúde.

“O grupo mudou a minha vida porque hoje eu não fico só parada em casa. Lá (no grupo) eu me distraio. Às vezes eu ficava só dentro de casa, triste. Então lá a gente encontra outras pessoas e aí alegrou a minha vida ...E a saúde mudou também, eu ficava muito pensando na doença. Tinha diabetes e logo quando descobri fiquei muito abatida. Depois comecei a sair, me encontrar com os outros, me distrair...daí esqueci da diabetes! Distrair me ajudou muito” E.2

“Depois que eu me meti no grupo eu acho que tenho mais saúde. Porque dentro de casa, sozinha eu começo a pensar em bobagem. É verdade! A gente pensa que vai morrer de repente! Lá eu tô muito alegre, tô com a boca aberta cantando, vou pensar em morrer?” E.1

Outro sentimento muito expresso pelos sujeitos da pesquisa foi em relação a ampliação do círculo de amizades. O grupo parece cumprir bem o papel de favorecedor da sociabilidade e do apoio social, através da interação afetiva que ocorre entre seus integrantes. Estar no grupo significa para muitos estar entre amigos. Existem alguns relatos que apontam que a participação no grupo permitiu inclusive que conhecesse alguns vizinhos próximos com os quais ainda não tinham laços de amizade.

“Se falta uma coisa, um pode ajudar o outro... Lá falam muito bem comigo e falam que não querem que eu saia de lá. Às vezes eu falto uma ou duas vezes e elas vem a minha procura” E.1

“Eu acho que no grupo a gente conversa com muita gente e daí vai pegando muita amizade”E.2

“Conhecia a dona “fulana”...(pensando) só a dona “fulana”! É ! Quando eu vim aqui a outra dona “beltrana” era estranha, as outras tudo eram estranhas...dona “cicrana” morava na rua de trás e eu não conhecia!” E.4

O grupo participa de atividades fora da Vila Aparecida como excursões para outras localidades vizinhas. Esses passeios são planejados pelo próprio grupo. Normalmente, os membros buscam informações sobre locais interessantes para conhecer e a associação de moradores local contrata o ônibus que os conduz aos lugares.

O grupo procura realizar atividades com vistas a arrecadação de fundos para custear o

passeio como bingos e rifas. Tanto pelo planejamento das excursões quanto pela realização dos bingos, o grupo expressa um envolvimento social. Organizam-se para fazer os brindes, vender cartelas, preparar os lanches e até “cantar” as pedras do bingo. Os bingos com a comunidade são realizados aproximadamente duas vezes por ano na associação de moradores e atrai em torno de cem pessoas da comunidade. Em quase todas as entrevistas existem apontamentos acerca desses passeios e bingos que são considerados como importantes para o grupo.

O nascimento da associação

Durante os dois anos de existência do GAVA, o grupo experimentou inúmeras passagens, boas ou ruins, que o levou a uma consolidação e uma organização social de tamanha grandeza que os idosos, já sem a colaboração dos acadêmicos, propuseram a criação de uma associação, extrapolando os objetivos iniciais do trabalho contribuindo para o efetivo exercício de participação social.

A aquisição de novos aprendizados

O aprendizado não se restringe à execução de novos artesanatos, ele inclui dimensões mais amplas do viver. Refere-se ao aprendizado que vem da experiência do outro, da vivência, da partilha histórias de vida e de encontrar nessa troca ferramentas para o crescimento pessoal.

“Ó, no grupo se aprende muita coisa; esses artesanatos com fitinhas...isso era uma coisa que ninguém sabia fazer; crochê...estamos ficando cada vez melhor (risos) Agente vai pegando amizade, aprende com os idosos e vai aprendendo as outras coisas, né? (...) Eu gosto muito de ensinar e ainda quero aprender mais coisas para passar para as outras pessoas” E.3

“Ah eu aprendi né? (silencio) Aprendi a fazer tricô, estou aprendendo a fazer crochê ... Estou aprendendo devagarzinho. Aprendi a conviver com novas pessoas... A gente conversa ... A gente espairose, né? É muito bom!” E.4

Esses depoimentos nos levam a supor que o aprendizado tem contribuído para desenvolver a auto-estima e criação de metas para o futuro.

A percepção das mudanças e a descoberta de potencialidades

Muitos referem que suas vidas mudaram a partir da convivência no grupo,

especialmente pelo fato de que se sentem felizes em estar participando, aprendendo e ensinando.

“Mudei muito, eu fiquei mais alegre, mais contente, eu quase não saia mais de casa agora eu gosto de sair, ir nas festas ir nas ruas. Eu toco violão muito em casa, canto muito. Foi esse grupo aí que eu vou dos idosos. Fiquei mais alegre porque eu aprendi a tocar violão e cantar melhor, né? E contar histórias para todas elas. Eu conto e elas riem...”E.1

“ Agora tenho aquela animação. Porque antes eu não tinha atividade nenhuma e agora estou trabalhando no grupo e me sinto muito realizada. Melhorei a minha vida! Eu gosto muito de ensinar e ainda quero aprender mais coisas para passar para as outras pessoas” E.3

O grupo contribuiu para resgatar nos idosos o sentimento de valorização da vida, despertando neles desejo, o interesse de usufruir de novas interações sociais e planejar projetos futuros. Dentre as atividades que não existiam no grupo e que surgiram a partir da idéia de alguns participantes está a formação de um grupo de gestantes. Para a entrevistada E.3, a formação do grupo de gestantes seria uma nova forma de convívio social e uma maneira de realizar algo diferente no grupo.

“Agora nós queremos botar grupos de gestantes, né? Assim podemos ajudar e acho que vai ficar mais animado se a gente fizesse esse grupo para ensinar as gestantes com os enxovaizinhos...” E.3

É interessante perceber que a entrevistada E.3 tem uma percepção da ação terapêutica dos encontros com o grupo, essa ação é reconhecida como muito importante para o enfrentamento de algumas situações.

“Me sinto com...saúde, animada; eu vivia desanimada...hoje está maravilhoso! Antes do grupo era mais triste, mais amarrada e agora tô mais disposta pra tudo!(silêncio)Me sinto muito melhor,bem melhor! Hoje não tomo nada, não tomo mais remédios. Só o grupo, só o grupo é que está me trazendo a saúde! E acredito que a saúde de muitos outros aqui do grupo”E.3

“Pra mim mudou muita coisa, muita coisa! Eu era muito nervosa. Eu vejo que aqui (no grupo) a gente espairose, some todos os nervos! É muito bom mesmo. Por que a gente conversa, a gente dá risada (risos), a gente passeia .. Eu adoro!E o que me faz me sentir melhor mesmo é estar junto da turma. Olha eu estava em casa hoje, estava de cama . Daí eu disse p/ fulano (marido): eu vou lá no grupo, só vou lá e vou voltar porque eu não estou me sentindo bem. Cheguei, me entreti e fiquei! Estou me sentindo cem por cento melhor! Só que está doendo o meu peito ...tenho angina, mas não me importo “.E.4

Em relação à intervenção dos grupos no processo saúde-doença, sabe-se que eles influenciam positivamente na saúde das pessoas. Parte disso, deve-se à possibilidade de ser

um espaço para o diálogo e apoio mútuo, o que vem sendo explorado com sucesso em nível terapêutico e preventivo em diferentes contextos.

Esse fato, aparentemente incompatível com a medicina moderna repleta de tecnologia, fez com que os grupos de idosos, diabéticos, hipertensos entre outros, passassem a ser avaliados de maneira mais crítica. Atualmente, sabe-se que os mesmos podem funcionar não apenas como um espaço para gerir o tratamento de enfermidades e prevenir complicações mas como um espaço para humanização.

De fato, segundo Totman ¹⁸, os laços sociais com outras pessoas e comunidades são fatores que contribuem para a resistência à doença. De acordo com o referido autor, essa resistência permanece alta desde que o indivíduo esteja continuamente “envolvido socialmente”. As formas de envolvimento social podem ocorrer tanto através do diálogo com outras pessoas como pelo desenvolvimento de atividades, cumprimento de metas, isto é, através da assunção de papéis na comunidade.

Surge em uma das falas a possibilidade de incrementar a renda familiar com a colocação em prática dos artesanatos aprendidos no grupo.

“Eu tenho! Quero aprender bem.Tenho que aprender bem, né? Que nem pano de louça eu já posso vender né? Mas falta p/ gente comprar o pano, né? A gente não tem pano p/ fazer.. A gente não tem modos de comprar! Se eu conseguisse fazer e vender já daria para comprar um quilo de açúcar, e se eu vendesse uns 2 ou 3 panos já daria p/ 1 quilo de carne” E.4

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos depoimentos mostrou que o trabalho em grupo obteve resultados positivos, especialmente em três campos da promoção de saúde: o desenvolvimento de habilidades, a participação comunitária e a criação de ambientes saudáveis.

O grupo funcionou como um favorecedor da inserção social dos idosos por meio da criação de novos vínculos afetivos e do aprendizado de novas habilidades, percebendo-se isso nos depoimentos dos participantes do estudo.

Considerando-se as múltiplas conotações que a palavra ambiente assume, e admitindo que o ambiente sócio-cultural é tão importante para a questão saúde quanto o ambiente físico, pode-se considerar que o grupo contribuiu positivamente, ainda que de forma limitada, para a promoção de ambientes favoráveis à saúde. O grupo gera ambiente saudável na medida em que proporciona um espaço para o lazer dentro e fora da comunidade.

A participação comunitária também representou uma repercussão positiva no tocante à promoção de saúde, sendo observada principalmente a partir de uma proposta de oficialização do grupo como uma associação e interação com a comunidade a partir da organização de eventos como bingos, rifas e passeios.

<p>“A maior solidão é a do ser que não ama. A maior solidão é a do ser que se ausenta, que se defende, que se fecha, que se recusa a participar da vida humana.” Vinícius de Moraes</p>

A observação dos depoimentos não demonstrou repercussão das atividades do grupo no campo da criação de políticas públicas saudáveis e na reorientação dos serviços de saúde.

No entanto, a experiência de participação em grupo comunitário trouxe elementos importantes no sentido da reorientação da minha formação enquanto acadêmica da área da saúde e que talvez pudessem servir de subsídio a outros estudantes.

As vivências e troca de experiências com o grupo foram enriquecedoras e me possibilitaram a assunção de um conceito abrangente de saúde e a valorização do apoio social e afetividade como formas de enfrentamento do processo saúde-doença, superando o enfoque

estritamente biológico. Esse conceito ampliado de saúde era exercitado a cada contato com a comunidade, uma vez que o enfoque nas doenças, mesmo que numa abordagem preventiva, foi deixado de lado. As atividades tinham como alvo principal o alcance de dimensões amplas como bem-estar, felicidade e a exploração das potencialidades dos sujeitos.

É possível que a valorização e o incentivo aos trabalhos comunitários por parte das instituições de ensino sejam um indicativo, ainda que distante, de uma reorientação dos serviços de saúde. E que experiências *na* e *com* a comunidade apontem o caminho a trilhar para a construção de um SUS inserido no contexto da população visando atender suas reais necessidades e sobretudo voltado à perspectiva de integralidade e promoção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre: Artes Médicas;1999.
- 2-Barreiros JT, Costa AR, Ros MA. Avaliação qualitativa da influência das atividades grupais na promoção de saúde de um grupo de idosos de Florianópolis, SC. Anais do 7º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2003;8:supl 2.
- 3-Buss PM. Promoção de Saúde da Família. Revista Brasileira de Saúde da Família 2002 dez ; 6 ; 50-63.
- 4-Oliveira FJA. Participação popular em saúde: as dimensões da cultura. Saúde em debate 1996; 52; 67-73.
- 5-Silvestre JA, Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de Saúde da Família. Cadernos de Saúde Publica 2003 jun;19(3).
- 6- Brasil, Programa de Saúde da Família [on line]
Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/> capturado em 07/06/04.
- 7- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Relatório nacional brasileiro sobre o envelhecimento da população brasileira, 2002
Disponível em <http://www.ibge.gov.br/> capturado em 20/12/03
- 8-Caldas, CP. Anexos I In: Caldas, CP. A Saúde do Idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro:Editora UERJ,57-59,1998.
- 9-Benedetti, TB. Perfil do Idoso em Florianópolis. Jornal AN Capital 2003 nov;17 [on line]
Disponível em <http://an.uol.com.br/ancapital/2003/nov/17/> capturado em 20/03/04
- 10-Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública 1999;5 Suppl 2.
- 11- Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Promoção de Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 12-Brasil, Núcleo de Gestão Municipal do Instituto Pólis. Medindo a qualidade de vida[on line]
Disponível em : <http://federativo.bndes.gov.br/dicas/D027.htm> capturado em 04/06/04.
- 13-Brasil, NÚCLEO DE INFORMAÇÃO DO IDOSO (2004). *Saúde Pública e Envelhecimento* [on-line]

Disponível: <http://www.idoso.ms.gov.br/noticia.asp?id=94capturadoem> 05/05/04

- 14-Minkler M, Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly : the Tenderloin Outreach Project. *Health Educational Quarterly*; 4:303-316;1985.
- 15-Valla VV, Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: *Educação Popular Hoje* (M. V. Costa, org.) São Paulo: Loyola: 151-180; 1998.
- 16-Santos LM, Avaliação de fenômenos grupais nos grupos de promoção à saúde no Distrito Docente-Assistencial em Florianópolis: a ação dos coordenadores e o setting grupal [Dissertação]. Florianópolis:Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- 17-Totman R, Causas sociais da doença. Tradução por Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA; 1987.
- 18-Minayo MCS, O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.
- 19-Triviños ANS, Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas; 1987.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

PESQUISADORA: Amanda Rodrigues Costa

ORIENTADOR: Marco Aurélio da Ros

TÍTULO DA PESQUISA: **“Avaliação qualitativa da influência das atividades grupais na promoção de saúde de um grupo de idosos de Florianópolis, SC”**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezada senhora:

Ao responder as perguntas dessa entrevista, você poderá falar livremente sobre a importância (se houver) do grupo GAVA na sua saúde, nos seus relacionamentos (família, amigos...), na aprendizagem de artesanatos e ginástica; lembrando que não existem respostas certas para as perguntas feitas. Com isso você estará ajudando os profissionais de saúde a entender a influência de grupos da terceira idade na saúde dos idosos.

Os dados dessa entrevista farão parte da pesquisa **“Avaliação qualitativa da influência das atividades grupais na promoção de saúde de um grupo de idosos de Florianópolis, SC”**, e poderão ser usados em artigos para publicação, e para tal, gostaria de obter seu consentimento.

Essa entrevista será gravada de acordo com seu consentimento, garantindo que seu nome não será revelado e o material estará à sua disposição no momento que desejar.

Eu, _____ concordo com o acima escrito.

Data: _____

Assinatura

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

PESQUISADORA: Amanda Rodrigues Costa

ORIENTADOR: Marco Aurélio da Ros

TÍTULO DA PESQUISA: “**Avaliação qualitativa da influência das atividades grupais na promoção de saúde de um grupo de idosos de Florianópolis, SC**”

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Dados pessoais:

•Nome: -----

•Data de nascimento: -----

•Endereço: -----

•Quantas pessoas moram na casa?

•Data de entrada no grupo: -----

Roteiro de entrevista:

•O que você achava que iria fazer no grupo antes de começar a participar?

•Você acha que aprende coisas com o grupo? (que tipo de coisa?)

• Mudou alguma coisa em você após participar do grupo?

•O que mais gosta de fazer no grupo e o que menos gosta?

•Você acha que o grupo pode fazer algo pela Vila Aparecida?